



**„Asystent osoby z niepełnosprawnością”
dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026**
Projekt dofinansowany z Funduszu Solidarnościowego
w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej

.....

Imię i nazwisko

.....

adres

OŚWIADCZENIE

O BRAKU POWIĄZAŃ RODZINNYCH I NIEPOZOSTAWANIU WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z UCZESTNIKIEM PROGRAMU

Oświadczam, że nie jestem spokrewniony/a i nie zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem, programu „Asystent Osoby z Niepełnosprawnościami” edycja 2026.

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis asystenta)